

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1921

THÈSE

N°

341

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR L. FRIS-LARROUY

INTERNE DES HOPITAUX

De l'examen clinique
du Poumon dans les Pleurésies
séro-fibrineuses aiguës tuberculeuses

Président : Prof^r LETULLE

Soc. An. des Établissements d'Imprimerie

A. HERBELIN

46, RUE JACOB, 46

— PARIS —

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1921

THÈSE

N° :

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR L. FRIS-LARROUY

INTERNE DES HOPITAUX

De l'examen clinique
du Poumon dans les Pleurésies
séro-fibrineuses aiguës tuberculeuses



Président : Prof^r LETULLE

Soc. An. des Établissements d'Imprimerie

A. HERBELIN

46, RUE JACOB, 46

— PARIS —

LE DOYEN : M. ROGER
PROFESSEURS : MM.

Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	André BROCA
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	RÉNON
Pathologie chirurgicale	LECÈNE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
	ACHARD
Clinique médicale	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	P. MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
	DELBET
Clinique chirurgicale	LEJARS
	HARTMANN
	GOSSET
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	BROCA Auguste
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.	MM.	MM.
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LE LORIER	RETTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIÈRE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GULNIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ
CHAMPY	GUILLEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE (Henri)	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINGZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

341

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
M. LE PROFESSEUR LETULLE
Membre de l'Académie de Médecine

A MON MAÎTRE
M. LE DOCTEUR COURCOUX
Médecin de l'Hôpital Andral

A mes Maîtres dans les Hôpitaux

Stage

- M. LE DOCTEUR DUMUR,
Médecin de l'Hôpital Saint-André de Bordeaux
(1909-1910).
- M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PRINCETEAU,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-André de Bordeaux
(1910).
- M. LE PROFESSEUR RECLUS, (*in memoriam*)
Membre de l'Académie de Médecine, Chirurgien de
l'Hôtel-Dieu, (1910-1911).

Externat

- M. LE DOCTEUR DEMOULIN, (*in memoriam*)
Chirurgien de la Charité, (1911).
- M. LE DOCTEUR SOULIGOUX,
Chirurgien de la Charité, (1912).
- M. LE DOCTEUR FAISANS,
Médecin de l'Hôpital Beaujon, (1912-1913).
- M. LE DOCTEUR CAUSSADE,
Médecin de l'Hôtel-Dieu, (1913-1914).

Internat provisoire

- M. LE P^r CHANTEMESSE, (*in memoriam*),
Membre de l'Académie de Médecine, Médecin de
l'Hôtel-Dieu, (1914).

Internat

- M. LE DOCTEUR BELIN, (*in memoriam*).
Médecin de la Charité (1919-1920).
- M. LE DOCTEUR COURCOUX,
Médecin de l'Hôpital Andral, (1920).
- M. LE DOCTEUR HUDELO,
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis. (1920-1921).
- M. LE DOCTEUR COYON,
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine, (1921).

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEMIERRE,

M. LE DOCTEUR STÉVENIN,

M. LE DOCTEUR MAILLET,
Chef de clinique médicale infantile.



De l'examen clinique du Poumon dans les Pleurésies séro-fibrineuses aiguës tuberculeuses

I

INTRODUCTION

Nous avons entrepris l'étude par les moyens cliniques des altérations pulmonaires discrètes, passagères ou permanentes, qui se révèlent au cours des pleurésies aiguës sero-fibrineuses tuberculeuses d'allure primitive.

Dans ce cadre n'entreront ni les granulies ni les pleurésies secondaires à des lésions pulmonaires avérées.

Il semble que de plus en plus, et en particulier à propos des pleurésies, les recherches cliniques soient considérées comme ayant atteint leur but. Le laboratoire, la radiologie nous permettraient seuls d'étendre et de préciser nos connaissances. Il n'est cependant pas nécessaire de justifier l'importance primordiale de la clinique. Dans l'étude si vaste de la pleurésie nous n'envisageons qu'un point : les schèmes de Grancher, dont nous avons essayé de préciser la valeur et la signification en contrôlant leur recherche par les données évolutives, radiologiques et biologiques.

CHAPITRE I

Pleurésies et lésions pulmonaires tuberculeuses

Historique

Les signes de la pleurésie aiguë séro-fibrineuse sont classiques. Le pronostic de chacune de ses formes est bien connu. A cette étude de nombreux auteurs ont attaché leur nom. Nous ne citerons que Laennec, Louis, Pidoux, Grisolle, Trousseau, Cornil, Grancher, Landouzy.

En particulier, l'étude des signes engendrés par l'état du poumon sous-jacent a tenté bien des cliniciens. Skoda en 1837 observe le tympanisme sous-claviculaire. Woillez signale la congestion pulmonaire au cours des pleurésies. Serrand insiste sur les souffles du sommet. Grancher surtout, montre quels groupements de signes précisent l'intégrité ou l'altération anatomique du poumon, altération le plus souvent tuberculeuse. Le problème paraît alors facile. D'une part les pleurésies secondaires avec tous les signes révélateurs de lésions étendues et en évolution — d'autre part, les pleurésies primitives, les unes sans lésion pulmonaire, les autres avec des lésions discrètes de même âge que la pleurésie et décelées par le schème ++—.

Plus près de nous ces études anatomo-cliniques sont reprises. Mosny et Malloizel décrivent les cortico-pleurites bacillaires. Les progrès anatomiques et biologiques, la radioscopie font voir le problème sous un jour différent. Sous des pleurésies dites primitives, on trouve des altérations plus ou moins discrètes du poumon ; des pleurésies dites secondaires parce que les réactions pulmonaires sont bruyantes ne sont que des congestions pleuro-pulmonaires primitives bacillaires.

Actuellement on peut, avec M. Courcoux, grouper les tuberculoses pleurales aiguës séro-fibrineuses de la façon suivante :

1° *Tuberculose pleurale à forme locale autonome.* — Comme toute séreuse la plèvre se défend bien par ses

néomembranes, par son exsudat. La guérison complète est fréquente par un véritable processus d'immunisation. Parfois peut se produire une nouvelle réaction pleurale ou une tuberculose pulmonaire tardive par réinfection ou encore une bacilliose pleurale chronique. Ces pleurésies autonomes sont bien moins fréquentes que ne le disent les classiques.

2° *Tuberculose pleurale avec participation pulmonaire.* — Ici plusieurs formes :

a) Il peut s'agir d'une localisation simultanée pleuro-pulmonaire d'apparence primitive. C'est la cortico-pleurite, forme fréquente ; elle peut soit rétrocéder, soit évoluer vers la tuberculose pulmonaire pure ou associée à des réactions pleurales diffuses et tenaces.

b) Ou bien la pleurésie est l'accident révélateur de lésions pulmonaires discrètes, torpides, qui se rendormiront ou continueront à évoluer. Souvent ces lésions ayant été insoupçonnées, les pleurésies sont tenues pour primitives.

c) Enfin ce peut être une pleurésie nettement secondaire à une lésion pulmonaire évolutive subaiguë ou nettement manifestée. C'est la pleurésie des phtisiques. Bien que Sabourin ait pu décrire des « pleurésies bien-faisantes », elle indique ou entraîne souvent une aggravation de la marche de la tuberculose

En pratique, le problème qui domine ces cas et qui prête le plus grand intérêt à leur étude est celui-ci : la pleurésie va-t-elle guérir complètement, sans séquelles pulmonaires, fait dont l'existence est indéniable ou bien cette pleurésie qui a paru banale et pure sera-t-elle suivie de l'évolution plus ou moins tardive d'une lésion pulmonaire ?

A cette question répondaient les schèmes de Grancher. C'est la simplicité et la facilité de ces formules qui ont fait leur vogue. De nos jours le problème semble plus complexe. Une tuberculose pleurale crue autonome peut être associée à des lésions pulmonaires ou concomitantes ou antérieures latentes. Pour discerner ces faits nous avons plus que jamais besoin de mettre en œuvre toutes les investigations cliniques.

Il faut donc se demander quelle est la valeur actuelle des schèmes de Grancher. — Existents-ils dans tous

les cas ? Permettent-ils de déterminer avec précision et toujours l'état des poumons sous-jacent ?— Chacun d'eux correspond-il étroitement à une forme déterminée de tuberculose pleurale ?

Cette étude montrera que ces formules n'ont pas la précision qu'on leur prêtait, qu'elles sont parfois absentes, parfois trompeuses, toujours délicates à interpréter.

CHAPITRE II

Les schèmes de Grancher

Dans son mémoire à la Société Médicale des Hôpitaux (1882) sur les rapports du tympanisme sous claviculaire avec les autres signes physiques au point de vue du pronostic des épanchements pleurétiques, Grancher fait ressortir la nécessité de la comparaison entre les résultats donnés par les vibrations, la sonorité, le bruit respiratoire. Il arrive à établir divers types d'association de ces signes qu'il appelle schèmes de suppléance, schèmes de congestion, schèmes d'œdème pulmonaire et de compression bronchique.

Ces types sont bien connus. Nous ne ferons que les rappeler très brièvement.

Schème de suppléance : V : + ; S : + ; R : +
perceptible au niveau du poumon sain, au niveau du sommet du côté pleurétique si le liquide est d'abondance moyenne, si le poumon comprimé à la partie inférieure est sain au sommet.

Schème de congestion : V : + ; S : + ; R : —
Ici l'augmentation de la sonorité et des vibrations s'oppose à la diminution de la respiration qui est souvent en même temps rude. Ces signes indiquent une congestion du sommet le plus souvent tuberculeuse comme la pleurésie. C'est sur ce schème que repose le diagnostic entre la pleurésie pure et la pleurésie associée à des lésions pulmonaires.

Schème de compression bronchique et d'œdème pulmonaire : S : + ; V : — ; R : —
Il indiquerait surtout la compression sans préjuger de l'état du parenchyme pulmonaire.

Il importe de remarquer que :

1°) Les signes doivent être recherchés dans le creux sous-claviculaire plutôt que dans la fosse sus-épineuse.

2°) Grancher indique bien que son schème N° 2 ne se trouve pas dans tous les cas de congestion parapleurétique du sommet.

3°) Il ne différencie pas par ce schème une congestion banale, active ou passive, du sommet d'une congestion tuberculeuse mais demande pour cela un examen des troubles fonctionnels, des antécédents. La lésion serait pourtant le plus souvent tuberculeuse. Grancher note que ces congestions bacillaires ne s'accompagneraient pas de bruits adventices, les râles secs ou muqueux seraient dus à une réaction banale. Ce point semble discutable.

4°) Ces schèmes manquent s'il y a trop ou trop peu de liquide.

5°) Il importerait d'ajouter à ces signes la recherche de la résonnance de la voix et de la toux que ne signale pas Grancher.

Ainsi conçus ces schèmes ont été admis sans discussion par tous les classiques. Peut être même a-t-on attribué une valeur trop absolue à des signes que Grancher lui même ne considérerait pas comme pathognomoniques. La fortune rapide de ces formules mathématiques a été si grande que tous les auteurs les ont reproduites sans jamais douter de leur valeur.

Depuis quinze ans des objections sont peu à peu apportées. Barth (1906) discute la valeur du schème de congestion : il exige dit-il, l'intégrité antérieure du poumon, il n'indique pas les lésions sises sous l'épanchement ou au hile — Jousset (1907) base le pronostic des pleurésies tuberculeuses sur l'ensemble des éléments fournis par les antécédents, l'expectoration, la courbe thermique, les réactions biologiques du liquide. Il met en doute la « subtilité analytique de l'examen du creux sous-claviculaire ».

A un autre point de vue, Pitres s'était déjà étonné que seul le schème $++-$ traduise la congestion du sommet alors que l'on connaît la variabilité de la symptomatologie des congestions pulmonaires.

NOUS avons été souvent troublés par la difficulté d'interprétation des schèmes du sommet. Depuis quelques années les idées de Grancher sur l'auscultation des sommets sont très attaqués. Notre intention n'est pas de détruire l'œuvre de ce grand clinicien mais simplement d'apporter quelques faits cliniques qui pourront servir à la juger.

II

ÉTUDE CLINIQUE DES SCHÉMAS

Ayant recueilli un certain nombre d'observations de pleurésies nous avons déterminé la forme à laquelle chacune appartenait par l'étude des antécédents, des particularités cliniques et évolutives et par la radioscopie. Parallèlement nous recherchions les signes donnés au sommet par la palpation, la percussion, l'auscultation. La comparaison de ces deux ordres de recherches nous permet de juger la valeur des schèmes de Grancher et leur signification.

Nous avons fréquemment retrouvé le schème de suppléance plus ou moins complet — très rarement le schème de congestion — souvent des schèmes atypiques et divers — jamais le schème de compression bronchique — parfois enfin les lésions siégeaient ailleurs qu'au sommet suspecté.

CHAPITRE I.

Le Schème de Suppléance (+ + +)

Il se rencontre souvent, surtout chez la femme où une paroi souple et peu musclée rend plus apparente son existence. Sa fréquence a longtemps fait dire que beaucoup de pleurésies sont primitives et autonomes, par conséquent curable et sans suites. Il en est tout autrement en réalité ; nous verrons qu'il est très osé de se baser pour ce pronostic sur l'existence du schème seule.

Ce schème n'est pas toujours entièrement réalisé, l'augmentation des vibrations ou de la respiration peut faire défaut. Ce point est bien connu et déjà signalé par Grancher. Le signe capital est l'hypersonorité. Nous étudierons ces schèmes incomplets à côté du schème complet.

Complet ou non le Schème, dit de suppléance, se rencontre dans des pleurésies autonomes mais aussi dans des pleurésies associées à des manifestations pulmonaires.

1° Pleurésie autonome — Schème de suppléance complet

Observation I. — (Service du D^r Lemierre, Hôpital Andral).

F... Louis, 26 ans, manoeuvre entre le 10 juin 1920. Sans antécédents, il a été pris le 3, brusquement, de signes généraux intenses. La pleurésie occupe le 1/3 inférieur de la cavité droite. Au sommet la sonorité est élevée, les vibrations augmentées, la respiration forte. A gauche respiration supplémentaire. Pas de bacilles dans les crachats.

Résorption rapide, atténuation en quelques jours des signes généraux et fonctionnels, le malade sort guéri de l'hôpital.

Observation II. — (Hôpital St-Antoine, service du D^r Ceyon).

R... Jeanne, 28 ans, domestique, entre le 4 juin 1920. Pas d'antécédents. Depuis un mois fatigue, toux, points de côté, ces signes s'accroissent très rapidement. A son entrée pleurésie droite de moyen volume, cytologie de pleuro-bacillose. Au sommet droit S +, V +, R +.

Les examens ultérieurs ne révèlent rien de pulmonaire. La guérison est rapide et totale. Sortie le 29 juin.

2° Pleurésie autonome - Schème de suppléance incomplet

Observation III. — (Service du D^r Courcoux, Hôpital Andral).

T... Jose, 28 ans, entré le 8 décembre 1920. Pas d'antécédents. Le début a été brusque et bruyant (1^{er} décembre) avec fièvre élevée. La pleurésie est peu abondante, occupe la base gauche, sa formule cytologique est lymphocytaire.

Au sommet gauche S + sans augmentation appréciable de V ni de R.

Le liquide se résorbe rapidement, on ne trouve pas après résorption de lésions pulmonaires ni hilaires. Examen des crachats négatif.

Observation IV — (Service du D^r Coyon, Hôpital St-Antoine).

G..., terrassier, entré le 16 Mars 1920. Après une incubation de 45 jours le début a été violent. La pleurésie tuberculeuse remonte jusqu'au 1/3 moyen de la grande cavité droite. Les poumons sont normaux.

Sommet droit : S +, V et R normales.

La radioscopie après guérison (26 mars) confirme cette intégrité pulmonaire.

Observation V. — (Service du D^r Coyon, Hôpital St-Antoine).

L... François, 38 ans, chauffeur, entre le 3 avril. Sans antécédents, après un début insidieux il présente le syndrome complet de pleurésie de la grande cavité droite. Le liquide dépasse un peu la pointe de l'omoplate ; la température est élevée, l'état général assez bon. La ponction précise la nature bacillaire de l'épanchement.

Au sommet droit S +, V +, R normale. Poumon gauche normal. Les examens radioscopiques (7 et 16 avril, 8 mai) montrent l'absence totale de lésions pulmonaires, la tendance à l'enkystement secondaire du liquide.

La résorption commence mais le 15 mai la fièvre reprend, le liquide augmente. Le malade sortira le 4 Juillet avec une pleurésie chronique sans lésions pulmonaires.

Ces cinq observations confirment l'opinion classique. Le schème de suppléance correspond à une intégrité absolue de l'appareil respiratoire. Le pronostic est bon sauf dans l'observation V où la pleurésie passe à la chronicité. D'autre part, complet ou limité au skodisme sous-claviculaire, le schème a la même valeur : il traduit vraiment la suppléance et la compression pulmonaire.

A cette interprétation s'opposent les observations suivantes :

3° Pleurésie associée — Schème de suppléance complet

Observation VI. — (Service du D^r Courcoux, Hôpital Andral).

C... Alexis, 25 ans, ajusteur, entré le 16 mars 1921 pour point de côté et toux. Depuis huit jours il ressent un point de côté qui a augmenté depuis deux jours en même temps que la fatigue ; la fièvre s'installe, la toux est violente et sèche parfois émétisante.

A son entrée. Fièvre élevée. (39°8) pouls rapide (104) dyspnée très légère. Poumon gauche normal. Au poumon droit matité de la moitié inférieure. Vibrations diminuées à la base, augmentées à la partie moyenne. A ce niveau souffle doux, inspiratoire et expiratoire. Bouffées de crépitations dans toute la zone mate avec broncho-égophonie et pectoriloquie aphone.

Le malade n'a aucun antécédent suspect. Il a été mobilisé et n'a été évacué qu'une fois pour bronchite aiguë.

Le diagnostic est alors : congestion pleuro-pulmonaire aiguë banale.

18 Mars. — La réaction pleurale augmente, la matité est plus franche, on entend à la limite des frottements et des crépitations pleurales, au-dessous R : O. Au sommet S +, V +, R +.

A la ponction on retire un liquide séro-fibrineux riche en polynucléaires avec quelques lymphocytes — pas de germes — la culture du liquide sera négative — une inoculation est pratiquée.

21 Mars. — Une cuti-réaction n'est que faiblement positive, le liquide à la ponction montre d'abondants lymphocytes, quelques polynucléaires et macrophages. Il s'agit donc d'une pleurésie tuberculeuse et les signes stéthoscopiques du début font penser à la possibilité d'une réaction corticale pulmonaire.

2 Avril. — La température restée longtemps à 38° tombe à 37°. Un examen de crachats montre des bacilles de Koch.

25 Avril. — Le liquide est complètement résorbé. Au sommet persiste le schème + + +. A la base quelques frottements. A la partie moyenne dans la région de l'interlobe inférieur s'entendent une respiration forte et de nombreux sous-crépitations indices de la lésion dont l'examen des crachats a indiqué la nature bacillaire.

Un examen rapide et borné au sommet, sans le contrôle de la bactériologie eut laissé ignoré cette lésion si manifeste.

Observation VII. — (Service du D^r Coyon, Hôpital St-Antoine).

D... Marcelle, 25 ans, entre le 23 octobre 1920, avec une pleurésie de la base gauche de nature tuberculeuse. Au sommet gauche S +, V +, R +. Au sommet droit la respiration est rude et saccadée.

L'examen radioscopique montre l'obscurcissement des deux sommets surtout du gauche qui ne s'éclaire pas à la toux.

A sa sortie (21 Novembre) la malade présente les mêmes signes des sommets après rétrocession de l'épanchement.

Il est vraisemblable qu'avec une lésion discrète du sommet opposé à l'épanchement (fait que nous retrouverons souvent) il existait sous le schème de suppléance un degré assez accentué de pleurite apicale.

Observation VIII. — (Service du D^r Coyon, Hôpital St-Antoine).

P... Emile, 34 ans, boucher, entré le 24 Avril 1920, a des antécédents très suspects : plusieurs bronchites, un amaigrissement progressif. Depuis quinze jours la toux est violente avec des crachats sanglants, de la névralgie phrénique.

A son entrée il présente une pleurésie droite et au sommet S +, V +, R +. Une première ponction est négative. Une autre le lendemain après examen radioscopique affirmant la pleurésie donne un liquide de pleurésie bacillaire.

7 Mai. — L'épanchement a diminué, à la partie moyenne du poumon s'entendent quelques râles sous-crépitants. La radioscopie révèle une écharpe oblique en bas et en dedans prouvant l'enkystement dans la région scissurale inférieure et la réaction pulmonaire voisine.

Cette observation a certaines analogies avec l'observation VI. Toutes deux montrent des réactions marginales interlobaires avec intégrité du sommet.

4° Pleurésie associée - Schème de suppléance incomplet

Observation IX. — (Service du D^r Coyon, Hôpital St-Antoine).

G... Claude, 42 ans, a eu la grippe en novembre 1918. Depuis il tousse, a eu de petites hémoptysies, des points de côté, le 8 Avril il est pris de frissons, de fièvre. Il entre le 19 Avril 1919 salle Axenfeld porteur d'une pleurésie droite remontant à 3 cm. au-dessus de la pointe de l'omoplate. Ponction et cyto-diagnostic positifs. Poumon gauche normal.

Sommet droit S +, V +, R normale.

Mais la radioscopie montre de grosses ombres hilaires et un sommet obscur. Après ponction de 500 cc (23 Avril) la résorption est amorcée mais il est alors possible de déceler un foyer de râles sous-crépitants dans la fosse sus-épineuse droite que l'immobilisation du poumon par le liquide avait jusque là empêché d'entendre.

Observation X. — (Service du D^r Coyon, Hôpital St-Antoine).

M... Antoinette, 31 ans, manutentionnaire, entrée le 19 mai salle Rostan. Elle tousse depuis plus d'un an, a un fils de santé délicate. Elle présente une pleurésie bacillaire gauche avec au sommet S +, R +, V normales. Elle tousse et crache mais on ne trouve pas de bacilles de Koch dans ses crachats. Le liquide se résorbe. Le 17 Juin examen radioscopique : sommet gauche très douteux. Respiration soufflante à ce niveau à l'auscultation.

La malade se remet lentement, sort le 10 Juillet en conservant un sommet suspect.

Observation XI. — (Service du D^r Coyon, Hôpital St-Antoine).

V... Jacques, sabotier, 42 ans, salle Axenfeld, 6 Mars 1920. Antécédents très chargés : adénite cervicale, toux depuis plusieurs années, une bronchite et une pleurésie antérieures.

Actuellement pleurésie gauche (2/3 inférieurs). Au sommet S +, V et R normales. Mais ce sommet paraît douteux à l'examen radioscopique et après guérison on trouve de la submatité et de l'obscurité respiratoire au même point.

Observation XII. — (Service du D^r Lemierre, Hôpital Andral).

C... Blanche, 32 ans, est entrée le 15 Juin 1920 pour dyspnée d'effort. C'est une rhumatisante chez qui l'on trouve une forte tachy-arythmie, une maladie mitrale, des sommets infiltrés ; à gauche en particulier existe dans la fosse sus-épineuse un petit foyer de râles sous-crépitants.

Le 22 Juin apparaît un épanchement de la base gauche de formule bacillaire. Au sommet S +, V et R normales, les râles ne s'entendent plus, comme si le poumon était à ce point immobilisé par l'épanchement. Ils redeviendront apparents après résorption.

Observation XIII. — (Service du D^r Coyon, Hôpital St-Antoine).

M... Léontine, 32 ans, domestique, entre le 11 Décembre 1920. Ses antécédents sont suspects : plusieurs bronchites, un fils qui tousse. Elle présente une pleurésie gauche tuberculeuse. Au sommet S +, V et R normales ; mais au sommet droit existent de la submatité, une respiration faible et des bouffées de craquements. Il s'agit d'une lésion antérieure, latente qui témoigne de l'imprégnation bacillaire de la malade.

Observation XIV. — (Service du D^r Lemierre, Hôpital Andral).

L... Anne, 36 ans, ménagère, a déjà eu en janvier 19 une pleurésie séro-fibrineuse gauche, depuis elle n'a cessé de tousser. Elle entre le 22 Juin 1920 avec un

épanchement à droite de moyenne abondance. Au sommet S +, R +, V non modifiées. A gauche signes évidents de sclérose pleuro-pulmonaire avec infiltration du sommet.

Voilà donc neuf observations diverses de pleurésies avec altérations pulmonaires, altérations tantôt discrètes, tantôt étendues, tantôt spécifiques tantôt inflammatoires banales. Et cependant l'on trouve au sommet le schème, plus ou moins complet, qui devrait en indiquer l'intégrité.

L'explication est aisée quand la lésion est ailleurs. Ainsi dans les observations VI et VIII il s'agit de cortico-pleurites siégeant dans la région juxta-commissurale. De même les observations VII et XIII concernent des pleurésies survenues chez des porteurs de lésions discrètes du sommet alterne, fait bien connu, déjà signalé par nombre d'auteurs et sur lequel nous aurons à revenir.

De ces constatations découle la nécessité de ne pas borner son examen au sommet sus-jacent à la pleurésie.

D'autre part, par la radioscopie, par les examens antérieurs ou ultérieurs on trouve des altérations du sommet malgré le schème + + +. Le plus souvent, ce ne sont que des réactions pleurétiques ou pleuro-corticales discrètes et fugaces de pronostic bénin. Pourtant des lésions pulmonaires plus marquées peuvent exister (observations IX et XII). L'immobilisation et le collapsus du poumon expliquent leur absence passagère de signes.

L'étude du Schème de suppléance nous le montre souvent limité au skodisme sous-claviculaire. Si en général il traduit l'absence d'altérations du sommet, il faut retenir que la réaction pulmonaire n'est pas toujours apexienne, que parfois même elle peut se cacher sous ce schème de suppléance ce qui jette un doute sur sa valeur absolue.

CHAPITRE II

Le Schème de Congestion + + —

Ce Schème devrait seul traduire l'existence de lésions pulmonaires tuberculeuses évoluant avec la pleurésie. Il devrait donc être fréquemment trouvé.

Au contraire il est très rare. Quant à sa signification elle est, nous le verrons, très contestable. Déjà nous avons trouvé des lésions sous le schème dit de suppléance, d'autres observations montreront que les lésions peuvent exister sous d'autres schèmes.

Mais d'autre part jamais le Schème de congestion ne se rencontre dans une pleurésie autonome. Il est toujours fonction d'une altération pulmonaire ; celle-ci est dans certains cas tuberculeuse, dans d'autres passagère et mécanique, non tuberculeuse.

1° Schème de Congestion et Lésion tuberculeuse

Observation XV. — (Service du D^r Coyon, Hôpital St-Antoine).

P..., 27 ans, garçon de magasin, entre le 17 Mars 1921. Depuis plusieurs années il tousse et s'enrhume facilement, il a eu une laryngite chronique à 14 ans, a été réformé pour faiblesse générale. Il est grand, maigre et pâle.

Depuis six jours il souffre d'un violent point de côté avec toux, frissons et fièvre, dyspnée.

A l'examen : pleurésie droite avec liquide abondant dépassant la pointe de l'omoplate. Au sommet droit S +, V +, R — et rude. A gauche rien d'anormal.

La fièvre est de 40°, le pouls rapide, mal frappé, la fatigue et la prostration très grandes.

La ponction montre dans le liquide de nombreux polynucléaires, quelques lymphocytes et des globules rouges.

26 Mars. — La température restée pendant six jours à 40° est à 39°. Les signes liquidiens sont plus intenses et un peu plus étendus. La formule cytologique a varié, la lymphocytose prédomine.

En somme il s'agit d'une pleurésie tuberculeuse aiguë survenant chez un sujet déjà infecté depuis longtemps mais sans localisation apparente cliniquement et s'accompagnant de congestion du sommet.

29 Mars. — La fièvre persiste, le liquide semble diminuer, il atteint la 8^e côte ; au-dessus de sa limite et surtout en avant s'entendent de nombreux frottements.

31 Mars. — Avec la persistance du schème + + — on note dans la fosse sus-épineuse un petit foyer de râles sous-crépitaⁿts fins.

13 Avril. — La température qui pendant trois semaines a oscillé entre 39° et 38° tend à tomber. Mêmes signes au sommet. Radioscopie : pleurésie droite, sommet très obscur, grosse adénopathie hilare, quelques pommelures du poumon gauche. Pas de bacilles dans les crachats.

23 Avril. — Le malade sort sur sa demande ; il est apyrétique mais très affaibli encore. Il conserve au sommet droit des signes nets d'infiltration, à la base épanchement en voie de résorption.

Ainsi, non seulement on a constaté l'existence d'une congestion du sommet mais encore on a pu voir cette lésion peut-être antérieure en tout cas coexistant avec des lésions hilaires anciennes, se développer et évoluer. Si l'examen des crachats qui n'a pu être fait aussi souvent qu'il était nécessaire, n'a pu démontrer la spécificité tuberculeuse de ces lésions, l'altération de l'état général, la courbe thermique, les antécédents sont de fortes présomptions en faveur de cette spécificité.

Observation XVI. — (Service du D^r Coyon, Hôpital St-Antoine).

V... François, 27 ans, terrassier, entre le 5 Février 1921. Il a été grippé en 1919 et depuis s'enrhume fréquemment. Il est amaigri. Depuis deux jours il ressent un violent point de côté avec toux et fièvre (39°) dyspnée marquée.

La base gauche est envahie par un épanchement qui remonte à la pointe de l'omoplate. Au sommet S +, V +, R —. La ponction positive confirme la nature bacillaire.

16 Février. — Le schème + + — persiste sous la clavicule. Les signes pleurétiques sont en voie de régression, frottements à la partie moyenne. Radioscopie :

ombre très nette du sommet sans grande modification à la toux.

A sa sortie (27 Février) le malade conserve les mêmes signes du sommet. Mais il ne semble pas ici que la lésion ait évolué.

Pour ces deux malades le schème a toute la valeur que lui donne Grancher. Seule est discutable sa signification anatomique : pour les classiques la réaction pulmonaire est contemporaine de la réaction pleurale. Nous croyons au contraire que la lésion du sommet était antérieure et latente ; parfois c'est elle qui a déclenché l'infection pleurale parfois elle a été réveillée par cette infection. Les antécédents, l'étude clinique comme aussi l'invariabilité de ce syndrome apexien nous font affirmer sa nature bacillaire. Il n'en sera pas de même dans les cas suivants.

2° Schème de Congestion sans Lésion tuberculeuse

Observation XVII. — (Service du D^r Courcoux, Hôpital Andral).

G... Louise, 16 ans, entre le 19 Mai 1920. Sans maladies antérieures, depuis un mois elle maigrissait, était fatiguée, souffrait du côté. Il y a huit jours s'installe une violente douleur à la base droite avec frissons, fièvre, toux quinteuse.

Elle présente à droite tous les signes d'un épanchement d'abondance moyenne. Au sommet droit S +, V +, R très diminuée. Rien à gauche. La température est élevée (38°6). La ponction donne un liquide très riche en lymphocytes et en globules rouges.

On porte le diagnostic de pleurésie avec congestion du sommet ; la malade dit avoir eu au début des filets de sang dans les crachats — plusieurs examens de crachats sont négatifs.

6 Juin. — Le liquide se résorbe. La température après être restée élevée pendant quatre jours est depuis longtemps à la normale. Le skodisme du sommet a diminué, les vibrations sont encore augmentées et la respi-

ration faible. A l'examen radioscopique très léger voile du sommet non modifié par la toux.

21 *Juin*. — Le liquide a presque disparu, le schème + + — ne se retrouve plus au sommet .

7 *Juillet*. — Radioscopie : épanchement de la base droite, rien aux sommets. Ponction négative.

24 *Juillet*. — A sa sortie la malade est dans un excellent état général, elle n'a aucun signe pulmonaire suspect.

Observation XVIII. — (Service du D^r Coyon, Hôpital St-Antoine).

R... Alexandre, 16 ans, tourneur, entre le 22 Janvier 1921. Le début date de 8 jours : point de côté, toux, fièvre. Pas d'antécédents pathologiques, en décembre le malade est tombé dans une rivière.

Examen à l'entrée : pleurésie droite dont la matité remonte en arrière jusqu'à la 5^e dorsale. Ponction positive, cytologie de bacillose. Pas de bacilles dans les crachats.

Sous la clavicule droite S +, V +, R —.

22 *Février*. — Mêmes signes, le schème est moins nettement perceptible. Radioscopie : Liquide à la base, champ pulmonaire droit grisailé, grosse ombre hilare droite, sommet un peu gris.

26 *Mars*. — La pleurésie est guérie, il persiste de la submatité à la base. Au sommet S +, V et R normales. Très bon état général.

12 *Avril*. — Le malade sort bien guéri. Il n'a aucune anomalie respiratoire du sommet.

Voilà deux observations où les modifications réalisant le schème dit de congestion n'ont été que passagères. Quelle en est la cause ?

Dans ces deux cas la quantité de liquide était très abondante. Il en est résulté une augmentation proportionnelle du collapsus pulmonaire qui peut à lui seul entraîner avec une hypersonorité une diminution du murmure vésiculaire au sommet.

Mais il est un autre fait dont nous avons trouvé des exemples sous le schème de suppléance, que nous re-

trouverons sous des schèmes divers : c'est la pleurite apicale entraînée par la généralisation de l'infection pleurale. C'est elle qui se traduit par une ombre grisâtre du sommet non modifiable par la toux ; elle existait dans les deux observations précitées.

Il ne faut pas conclure de ces altérations uniquement mécaniques ou pleurales que la pleurésie est primitive et autonome. On sait que les lésions peuvent exister ailleurs qu'au sommet — dans l'observation XVII, la présence d'une grosse ombre hilare prouve que la pleurésie a succédé à une infection antérieure.

On voit donc que la signification clinique et anatomique de ce schème de suppléance est très variable. S'il indique toujours une altération pulmonaire ou pleurale du sommet, cette altération est produite par des processus très divers : lésions tuberculeuses anciennes et latentes, congestion pulmonaire en évolution, collapsus intense du poumon ou même simplement pleurite apiculaire. D'autres recherches : examen des crachats, radioscopie, étude des antécédents, de la feuille de température, des autres signes physiques seront nécessaires pour déterminer quelle pathogénie est en cause.

CHAPITRE III

Les Schèmes Atypiques

L'étude de la sonorité, des vibrations, de la respiration du sommet dans les pleurésies montre souvent des modifications de ces éléments dont le groupement ne correspond à aucun des trois schèmes classiques. La raison en est facile à saisir. Woillez décrivant les congestions du poumon établit que la sonorité est normale dans un quart des cas, augmentée ou diminuée dans les autres — les vibrations sont peu modifiées, quelquefois diminuées, jamais augmentées — la respiration est diminuée dans les 2/3 des cas, augmentée dans l'autre tiers. De plus, ici, à la lésion pulmonaire se surajoute une réaction pleurale qui suivant son intensité modifiera encore les symptômes.

Nous trouverons des cas où ces schèmes divers traduiront une réaction tuberculeuse du sommet comparable à celle que révèle le schème de congestion pour les classiques — d'autres où la lésion pulmonaire sera mécanique — d'autres cas enfin où les réactions pleurales seront surtout en cause.

1° Schèmes avec Congestion Tuberculeuse

Il s'agit ici de lésions souvent plus nettes, plus étendues qu'on ne s'attendrait à en trouver, parfois des râles sous-crépitaux, des bacilles de Koch dans les crachats confirment le diagnostic. Ce sont là des corticopleurites bacillaires où les lésions du sommet ne sont qu'une partie des lésions pulmonaires mais souvent la plus facile à constater par suite de la présence ailleurs du liquide pleurétique.

Observation XIX. — (Service du D^r Courcoux).

L... Clémentine, 44 ans, journalière, entre le 18 Août 1920 à l'Hôpital Andral. Elle a été prise il y a vingt jours d'une violente douleur dans le dos, de fièvre et de frissons. A son entrée, point de côté à droite et dyspnée. Signes de pleurésie occupant les 2/3 inférieurs de la cavité droite. Au sommet droit : submatité, vibrations normales, respiration voilée donc S —, V =, R —. Au sommet gauche respiration faible et humée. La malade expectore quelques crachats où l'on trouve des bacilles de Koch. Ponction (20 août) formule lymphocytaire avec hématies et quelques polynucléaires.

3 Septembre. — La température est tombée, le liquide se résorbe — plus de crachats. Respiration diminuée aux sommets.

20 Septembre. — Mêmes signes, même schème aux sommets.

22 Septembre. — Examen radioscopique : il confirme les signes physiques ; en particulier sommet droit s'éclairant mal, pommelures à la partie moyenne du poumon droit, sommet gauche voilé ne s'éclairant pas à la toux.

6 Octobre. — Sortie de la malade. Au sommet droit S —, V —, R —. Au sommet gauche S —, V =, R —. Des sous-crépitants dans la région hilare droite.

7 Novembre. — La malade est revue, son état général est excellent mais elle tousse un peu, crache par intermittence et présente au sommet droit un foyer de râles sous-crépitants avec respiration rude, augmentation des vibrations et diminution de la sonorité.

Il s'agit d'une cortico-pleurite avec maximum de lésions dans la région scissurale supérieure mais atteinte des sommets en particulier du sommet droit avec pour ce sommet un schème atypique S —, V =, R —, qui ne se modifia que trois mois après la pleurésie.

Observation XX. — (Service du D^r Courcoux).

F... Adèle, 52 ans, chiffonnière, entre le 7 Janvier à Andral. Il y a quinze jours elle ressentait des douleurs thoraciques, depuis quatre jours toux, fièvre, courbature.

Les 3/4 inférieurs du poumon gauche sont mats et présentent les signes d'un gros épanchement. Au sommet S —, V =, R —. La ponction est positive mais on ne retire que 300 cc de liquide. C'est une cortico-pleurite intéressant le sommet où elle donne ce schème particulier.

Observation XXI. — (Service du D^r Courcoux).

F... Antoine, garçon de café, 19 ans, entré le 19 Janvier 1921.

Début insidieux par un point de côté suivi de toux puis de fièvre et d'altération de l'état général. A son entrée on note des signes de congestion de la base droite sans liquide. 23 Janvier : poumon gauche normal, poumon droit noyé à sa base par un épanchement à lymphocytes. Au sommet submatité, vibrations augmentées et murmure vésiculaire très diminué. Donc S —, V +, R —. Quelques sous-crépitants dans la région hilare.

C'est une congestion pleuro-pulmonaire tuberculeuse dont les signes pleurétiques sont survenus quelques jours après les signes pulmonaires mais ne tardent pas à dominer le tableau clinique et ne laissent plus percevoir que le syndrome de congestion du sommet.

Observation XXII. — (Service du D^r Courcoux).

G... Marguerite, 40 ans, Hôpital Andral, 3 Novembre 1920. Pleurésie droite de moyen volume, de nature bacillaire. Au sommet droit S —, V —, R + et rude quelques sous-crépitants.

22 Novembre. — Mêmes signes du sommet mais pas de râles, diminution du liquide.

Observation XXIII. — (Service du D^r Coyon).

M... Marie, 23 ans, Hôpital St-Antoine, salle Rostan, 20 Janvier 1920. Pleurésie droite à début insidieux de moyen volume. Au sommet S —, V —, R forte soufflante, expiration saccadée, la toux fait apparaître des râles muqueux. Les lésions persistent à la sortie de la malade.

Observation XXIV. — (Service du D^r Coyon).

J... Madeleine, 36 ans, Hôpital St-Antoine, Salle Rostan, le 5 Décembre 1920.

Pleurésie droite de nature bacillaire et occupant les 2/3 inférieurs de la cavité. Au sommet S —, V —, R + rude et soufflante.

La radioscopie (8 et 20 décembre) confirme l'existence d'une lésion pulmonaire du sommet et de la moitié supérieure du poumon.

Observation XXV. — (Service du D^r Courcoux).

V... Alphonse, le 13 Janvier 1921. Il a déjà eu une pleurésie en 1916. Il tousse depuis huit mois. Après un début insidieux il présente une pleurésie gauche avec au sommet S —, V —, R — et quelques sous-crépitants dans la fosse sus-épineuse. Au poumon droit, submatité de la base, et au sommet respiration soufflante avec expiration prolongée. Bacilles dans les crachats.

Cette observation sort un peu du cadre de notre étude car il s'agit d'une tuberculose chronique à marche lente ayant déterminé la réaction pleurale. Mais ce fait prouve la parenté qui peut exister entre lui et la pleurésie accompagnée de lésions jusque-là latentes du poumon.

Assez particulière aussi est l'observation suivante.

Observation XXVI. — (Service du D^r Courcoux).

J... Marie, 36 ans, journalière, entrée le 27 Novembre 1920 à l'Hôpital Andral. Scoliotique et de santé délicate elle est opérée il y a 4 mois à St-Louis pour une ascite chronique. Puis ces jours derniers, insidieusement se développe avec des phénomènes fébriles et toxiques une pleurésie droite tuberculeuse. C'est une granulie pleuro-peritonéale subaiguë, malgré l'absence de bacilles dans les crachats on peut affirmer la coexistence d'une lésion du sommet en évolution par les signes S —, V =, R — et la présence de craquements humides au même point.

En somme toute association d'anomalies de la palpation, la percussion et l'auscultation doit attirer l'éveil et il n'est pas rare que des signes plus caractéristiques que ces altérations ne viennent renforcer le diagnostic. Souvent aussi la radioscopie montrera que ces lésions sont plus étendues que ne le fait croire la clinique et qu'elles intéressent presque toute la corticalité pulmonaire. Elles sont susceptibles de régression ultérieure.

2° Schèmes avec Altérations passagères

Il arrive, le fait est rare, que pourtant ces signes du sommet sont transitoires. Rapprochant ces cas de ceux où l'on trouve un schème de congestion passager on peut leur donner la même explication : compression et collapsus du poumon ou congestion de voisinage.

Observation XXVII. — (Service du D^r Courcoux).

L... Eugène, 44 ans, boucher, Hôpital Andral, 10 Septembre 1920. Pleurésie tuberculeuse à début brusque signes d'épanchement abondants à droite. Au sommet S —, V =, R rude broncho-tubaire. Ces signes, la rudesse du souffle pleurétique, l'existence d'une expectoration (sans bacilles) font penser à une cortico-pleurite avec poumon plongeant. Mais la ponction permet de retirer d'abord 750 cc, puis trois jours après 1750 cc. Après cette évacuation on retrouve les mêmes signes au sommet, quelques sous-crépitaux un peu au-dessous.

3 Octobre. — Le malade sort incomplètement guéri, on fait les plus grandes réserves sur son pronostic.

13 Février. — Il est revu en excellent état général. Il persiste à sa base quelques séquelles pleurales. Mais au sommet seulement une très légère submatité. Il est impossible de trouver là ni ailleurs un signe de lésion pulmonaire.

Observation XXVIII. — (Service du D^r Coyon).

S..., 46 ans, salle Axenfeld, Hôpital St-Antoine, 26 Juin 1920. Pleurésie bacillaire à début rapide, de volume moyen, siégeant à droite. Au sommet : S —, V +, R — (très diminuée).

Le liquide se résorbe lentement (17 juillet) les signes du sommet s'effacent.

5 Août. Radioscopie : obscurité de la base, léger voile du sommet.

3 Septembre. — Radioscopie : sommet normal. Rien à l'examen clinique.

3° Schème avec pleurite intense du sommet

Observation XXIX. — (Service du D^r Courcoux).

Di S..., 44 ans, entré le 19 Janvier 1921 à Andral. Début traînant depuis deux mois. Actuellement : pleurésie de la base droite avec peu de liquide, quelques frottements à la partie moyenne. Au sommet diminution notable de S, V et R —. Rapidement la lésion pleurale évolue vers la symphyse. C'est à cette réaction qu'est dû le schème du sommet.

Observation XXX. — (Service du D^r Courcoux).

H... Léon, charbonnier, 45 ans, entré le 29 Novembre 1920 à Andral. Début rapide à partir du 11 Novembre. Pleurésie abondante du côté gauche à formule de bacillose (lymphocytose) avec quelques pneumocoques. Au sommet S —, V —, R —. L'examen des crachats est négatif. Après guérison les signes de pleurite du sommet persistent.

Dans l'ensemble tous ces Schèmes du sommet sont tout à fait comparables à celui qui pour Grancher tra-

duit la congestion. Comme lui sa signification est incertaine. On peut seulement en déduire qu'il existe au sommet une altération, sans en préciser la nature.

Il semble cependant que ces modifications stéthocousiques soient plus manifestes que dans le schème classique : c'est qu'elles répondent en général à une atteinte plus étendue et plus active du poumon. De plus nous avons fréquemment trouvé dans ces cas des lésions éparses en d'autres points de l'arbre respiratoire. Nous avons déjà signalé ce point. Il importe d'y revenir.

CHAPITRE IV

Pleurésies avec manifestations pulmonaires non apexiennes

Qu'elles débordent du sommet sur les régions inférieures du poumon, qu'elles soient indépendantes des lésions apexiennes ou même qu'elles existent avec un sommet sain, ces manifestations ne sont pas rares. Et cependant leur recherche est difficile par suite de la présence de l'épanchement.

Le siège peut être hilaire donc à vrai dire extra-pulmonaire (observations IX et XVIII). Il est difficile de dire si cette manifestation est une séquelle d'une infection antérieure, si elle est le témoin ou la cause de la pleurésie actuelle. Cependant les études anatomiques et pathogéniques donnent bien des arguments en faveur de la relation étroite entre la pleurésie et l'adénopathie hilaire et médiastine.

Mais c'est fréquemment dans les régions de l'interlobe et de l'interlobe supérieur surtout que l'on trouve des signes parfois évidents de lésions en activité (observations VI, XX, XXIV). Ces interlobites ont, on le sait,

une réelle importance clinique et la pleurésie de la grande cavité leur est secondaire ou concomitante.

L'observation XXI permet, la pleurésie ayant débuté après la congestion bacillaire de la base, d'affirmer l'existence de lésions pulmonaires sous-jacentes à l'épanchement — dont la découverte est des plus difficiles — mais avec l'existence desquelles nous ont familiarisé les études de l'inoculation tuberculeuse sur un organisme vierge.

Il est enfin un ordre de faits assez particulier : ce sont ceux où l'on trouve sur le poumon opposé des manifestations tuberculeuses peu actives et qui semblent avoir un rapport avec la pleurésie. Ce rapport est classique : Féréol estimait préférable d'ausculter le sommet opposé à la pleurésie que le sommet du même côté. Jousset a émis la même opinion.

Parfois les lésions sont bilatérales (observations X, XVII, XVIII) parfois elles sont localisées au sommet du côté sain.

Observation XXXI. — (Service du D^r Coyon).

R..., 37 ans, entre le 28 juin 1920. Depuis dix jours il souffre d'une pleurésie qui s'est installée très rapidement. Le liquide, de grande abondance, occupe les 2/3 inférieurs de la cavité pleurale droite. Au sommet skodisme sous-claviculaire. A gauche au sommet submatité, respiration très soufflante avec des sibilances et des craquements. La radioscopie confirme la lésion, l'épanchement se résorbe, les signes du poumon persistent.

Il semble que dans tous ces cas la pleurésie soit une réinfection, la lésion pulmonaire qui sommeille reçoit un coup de fouet qui hâte sa marche ; elle pourra d'ailleurs redevenir latente après guérison de la pleurésie. Nous avons trouvé des faits analogues mais avec lésions

du même côté et s'exprimant par le schème de congestion. Ils ont la même signification.

Ce qui rend importante l'étude de ces lésions c'est que nous savons que la pleurésie aiguë a une action notable sur leur évolution comme elles-mêmes en ont eu une sur sa détermination. C'est ce qui modifie le pronostic et nécessitera un traitement énergique non seulement de la réaction pleurale et de ses séquelles mais encore du terrain et de la lésion tuberculeuse pulmonaire.

CONCLUSIONS

I. — Dans l'examen du poumon au cours de la Pleurésie aiguë séro-fibrineuse tuberculeuse, il ne faut pas se limiter à l'étude du sommet sus-jacent que conseillaient les classiques. Des lésions peuvent exister partout ailleurs, en particulier dans les zones interlobaires, à la base, au hile, du côté opposé.

Il sera difficile d'établir si ces lésions sont antérieures ou contemporaines à l'épanchement ; souvent elles préexistaient. Le fait capital est qu'elles peuvent être activées par la pleurésie.

II. — Le schème de suppléance + + + traduit en général l'intégrité du sommet. Il peut être en défaut soit que des lésions discrètes existent à ce sommet soit surtout qu'elles siègent ailleurs qu'au sommet.

III. — Le schème de congestion + + — est rare. Il est *trompeur* car il peut être aussi bien du au collapsus, à la pleurite, à une congestion passagère qu'à une lésion spécifique ; il n'indique pas si cette lésion est latente ou évolutive.

Il est *insuffisant* car les lésions bacillaires prennent souvent d'autres aspects symptomatiques ou bien ont d'autres sièges que le sommet.

IV. — Il faut prêter une grande valeur à toute modification stéthacousique du sommet. Ces schèmes non classiques prêtent d'ailleurs aux mêmes difficultés d'interprétation que le schème de congestion.

V. — Ces recherches cliniques portant sur les sommets et l'étendue des deux poumons doivent nécessairement être complétées par l'étude des antécédents, des signes généraux, la recherche des bacilles dans les crachats, l'examen radioscopique, voire même l'étendue biologique de l'exsudat. Le pronostic ne peut découler que de l'ensemble de ces éléments.

BIBLIOGRAPHIE

BARJON. — Radio-diagnostic des affections pleuro-pulmonaires. *Lyon Médical* (Avril 1904).

BARJON et COURMONT. — Société Médicale des Hôpitaux de Lyon, (15 Mars 1904).

BARTH. — *Journal des Praticiens* (13 Janvier 1906).

BÉCLÈRE. — Les Rayons Roentgen dans le diagnostic des affections thoraciques (1901).

BINET. — *Archives générales de Médecine* (1884 et 1887).

BOUCHARD. — *Traité de Radiologie médicale* (1904).

CALMETTE. — *L'Infect. bacillaire et la Tuberculose* (1920)

CHANTEMESSE et COURCOUX. — Les Pleurésies tuberculeuses (1913).

CHAUFFARD. — *L'Avenir des Pleurétiques. Revue générale de clinique et thérapeutique* (1893).

COURCOUX. — Les Pleurésies tuberculeuses in *traité de Médecine de Sergent*.

COTTENOT. — Examen radiologique in *traité de médecine de Sergent t. XXXI*.

DEHERAIN. — *Presse Médicale* (1904, p. 630).

DIEULAFOY. — *Semaine Médicale* (20 Nov. 1901).

DUJARDIN-BEAUMETZ. — *Presse Médicale* (1898, p. 95).

FÉRÉOL. — Discussion du rapport de Grancher. *Société Médicale* (1882).

GRANCHER. — *Mémoire à la Société Médicale des Hôpitaux* (1882).

Union Médicale (1882).

JAUGEAS. — Traité de Radiologie.

JOANNY. — Thèse de Paris (1892).

JOUSSET. — La Clinique (1907, p.801).

— La Tuberculose N°5 (1920).

KELSCH et VAILLARD. — Archives de Physiologie (1886,
page 162).

LAENNEC. — Traité d'Auscultation t. II.

LANDOUZY. — Revue de Médecine (1886, p. 611).

LANNE. — Thèse de Lyon (1893-94).

LE DAMANY. — Les Epanchem. pleuraux liquides (1903).

LASÈGUE. — Les Pleurésies.

LEGRAND. — Société Médicale des Hôpitaux (Avril 1891).

MALLOIZEL. — Thèse de Paris (1907-08).

MAYOR. — Thèse de Paris (1887).

MOSNY et MALLOIZEL. — Revue de Médecine (1909).

NETTER. — Thèse de Paris (1883).

— Société Médicale des Hôp. (17 Avril 1891).

— Article Pleurésies in Traité des Maladies de
l'Enfance (Grancher et Comby).

— Les Pleurésies in Traité de Médecine (Bou-
chard et Brissaud).

PALLASSE. — Thèse de Lyon (1905).

PIERRY. — La Tuberculose pulmonaire.

PITRES. — Journal de Médecine de Bordeaux (1881).

— Signes physiques des Epanchem. pleur. (1900).

PLICQUE. — La Tuberculose des séreuses. Gazette des
Hôpitaux (1900).

POTAIN. — Gazette des Hôpitaux (1881, p. 987).

— Semaine Médicale (1897).

RAVAUT. — Thèse de Paris.

RILLET et BARTHEZ. — Maladies des Enfants.

SABOURIN. — Journal des Praticiens (1904, p. 545).

SERRAND. — Thèse de Paris (1881).

STRAUSS. — La Tuberculose (1895).

TROUSSEAU. — Clinique de l'Hôtel Dieu (1877).

WOILLEZ. — Maladies de l'Appareil Respiratoire.
